

Artigo

**O MODELO ASSISTENCIAL CLÍNICO E ALGUMAS
POSSIBILIDADES DE FAZER DIFERENTE*****The clinical assistential model and some possibilities to
have it done in a different manner**Eglê Kohlrausch¹**RESUMO**

Aborda-se a enfermagem no modelo assistencial clínico e a prática cotidiana numa unidade de internação psiquiátrica. Percebe-se discordância entre sistema de saúde e problemas dos clientes. A enfermagem planejará ações mais para atender demandas institucionais do que à individualidade da clientela. Em saúde mental, incluir o cliente nisso, é primordial para alcançar objetivos terapêuticos. Mesmo nesse modelo, existem iniciativas incorporando novas abordagens, resgatando conceitos que aproximam o trabalhador do cliente. Reconhecendo a subjetividade de profissionais e clientes, compreende-se que ambos são singulares, aparecendo a interdisciplinaridade, e a hierarquização se dá diferente, dando autonomia às equipes, ampliando o espaço de trabalho.

UNITERMOS: *modelo assistencial clínico; cuidado; enfermagem psiquiátrica.*

1 APRESENTANDO A TEMÁTICA

Ao longo de nossa trajetória profissional tivemos a oportunidade de vivenciar o fazer enfermagem na área hospitalar, observando e experienciando a forma como as enfermeiras organizam suas práticas e estruturam seu trabalho no mundo hospitalar.

Nessa experiência hospitalar, em unidades de internação, vimos que, em geral, a enfermeira estabelece um plano de cuidados a partir de

* Trabalho desenvolvido no Curso de Mestrado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (EE - UFRGS), na Disciplina de Organizações de Saúde e Serviços de Enfermagem, orientado pela Profa. Dra. Maria Alice Lima.

¹ Mestranda em Enfermagem no Curso de Mestrado em Enfermagem da EE - UFRGS. Professora do Departamento de Assistência e Orientação Profissional da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Especialista em Saúde Comunitária, Saúde Mental e Psiquiatria e Enfermagem Psiquiátrica. Membro do Núcleo de Estudos do Cuidado na Enfermagem (NECE).

uma visão unilateral, desconsiderando os hábitos, a cultura, o momento de vida e os referenciais de sua clientela. Com essa postura, as práticas de enfermagem não levam em conta a bagagem que os indivíduos trazem, e as ações de enfermagem podem estar fundamentadas em pressupostos deslocados da realidade de seus clientes. Por outro lado, também podemos perceber que, em alguns casos, existe uma postura diferente, onde a enfermeira, em seu processo de trabalho, percebe a importância de incluir os valores da clientela no planejamento de sua assistência e suas ações refletem essa visão, ou seja, são direcionadas e organizadas de forma a contemplar as necessidades de cada cliente.

Na área de enfermagem em saúde mental e psiquiatria, em especial, o planejamento dos cuidados leva em conta as informações técnicas e epidemiológicas a respeito do problema em questão e a atitude do cliente em relação a sua condição de saúde. A compreensão que o cliente tem a respeito do momento de vida que está enfrentando é primordial para que o cuidado a ser desenvolvido possa atingir os objetivos propostos.

No entanto, observamos que parece haver uma discordância entre a abordagem adotada pelo sistema de saúde e os problemas vivenciados pelos clientes. Os hospitais estão planejados para seguir uma rotina de procedimentos em suas unidades de internação; as equipes estão treinadas para trabalhar dentro dessa rotina, e o cliente é inserido nesse meio, onde predomina o modelo assistencial clínico.

Pelo fato da equipe de enfermagem estar dentro desse contexto de regras de funcionamento, o planejamento de suas ações está mais direcionado para atender às rotinas de funcionamento institucional, fundamentadas nesse modelo assistencial, do que para atender à individualidade que cada um traz, e a forma como esse vivencia a internação.

Partindo dessas considerações, pretendemos apresentar algumas idéias sobre a enfermagem inserida no modelo assistencial clínico, relacionando com a prática cotidiana observada numa unidade de internação psiquiátrica, tecer alguns comentários sobre o fazer enfermagem nesse contexto, e apresentar algumas possibilidades de fazer diferente dentro desse modelo. Cabe ressaltar que a observação realizada serviu para que refletíssemos a respeito do tema.

2 ALGUMAS IDÉIAS SOBRE O MODELO ASSISTENCIAL CLÍNICO E AS OBSERVAÇÕES DO COTIDIANO HOSPITALAR

Um modelo assistencial é uma construção histórica e social, que vai se organizando dentro da dinâmica social e política e dos interesses dos grupos sociais.

“É o modo como o Estado e a sociedade civil, incluindo as

instituições de saúde, as organizações de trabalhadores, as empresas que atuam no setor, se organizam para produzir os serviços de saúde.” (Almeida et al., 1996, p.143)

Esse conceito é ratificado por Campos (1989), que descreve modelo assistencial como o modo através do qual se produzem as ações de saúde e a maneira como os serviços de saúde e o Estado se organizam para produzi-las e distribuí-las. Isso permite uma função analítica, já que identifica um determinado modo de produção existente, e outra operacional, pois constrói novas políticas, e pode anunciar diretrizes gerais.

Partindo da perspectiva histórica de Almeida e Rocha (1997), vemos que é com o capitalismo que surge o modelo assistencial clínico, cuja finalidade é a recuperação do corpo individual e o instrumento essencial de trabalho é o saber anátomo-fisiológico. Em função desse saber, a coordenação desse modelo é de responsabilidade do médico, que tem maior domínio desse instrumento, tendo em vista que suas ações principais são o diagnóstico e a terapêutica (Lima, 1998).

Para Gonçalves (1992) isso se explica pela própria constituição do saber clínico, que levou à reorganização das práticas de saúde, onde há separação de seus momentos de concepção (trabalho intelectual) e execução (trabalho manual), apesar de se apresentar como um trabalho coletivo. É nessa estrutura, onde predomina a divisão técnica e social do trabalho, e onde a especialização do saber trouxe maior complexidade do conhecimento e ampliação da infra-estrutura hospitalar, que surge o trabalho de enfermagem clínica ou hospitalar, fazendo com que o trabalho, inicialmente centralizado na figura do médico, se torne compartilhado com outros profissionais (Almeida e Rocha, 1997).

Esse compartilhamento, ou divisão, pode se dar de duas formas segundo a ótica de Gonçalves (1979). Para ele, o trabalho coletivo da saúde dividiu-se no sentido horizontal e no sentido vertical, pela necessidade de operar em conjunto vários agentes, com várias práticas, onde evidenciam-se ações parcelares e complementares, organizadas hierarquicamente. Isto corresponde à ampliação da aplicação da medicina e à divisão das funções intelectuais e manuais do trabalho médico.

Na divisão vertical do trabalho, apareceu o trabalho da enfermeira, que depende da autoridade médica. Foram delegadas à enfermagem as atividades manuais de assistência direta ao doente, que antes eram da competência médica, e que continuavam subordinadas ao trabalho médico. Essa mesma relação se reproduziu dentro da enfermagem, cabendo à enfermeira o trabalho mais intelectual de supervisão e controle, evidenciando a autoridade da enfermeira, e aos profissionais de nível médio o trabalho mais manual (Gonçalves, 1979; Almeida, 1984).

Mais tarde, aconteceu uma divisão horizontal do trabalho médico, de onde surgiram as várias especialidades médicas e os outros profissionais de

áreas de atuação complementares, como o odontólogo, o psicólogo, o cientista social, o fonoaudiólogo, o fisioterapeuta, o assistente social, o administrador (Gonçalves, 1992).

Portanto, é em função da divisão vertical do trabalho médico que, nesse modelo, a enfermagem aparece como parte do trabalho médico e sua ação é cuidar do corpo doente, ficando evidente a separação entre os momentos intelectuais e de execução do trabalho: o médico detém o poder e o trabalho intelectual; a enfermagem, o trabalho manual, reproduzindo a estrutura de classe social no trabalho.

Nesse modelo clínico, além da prestação de cuidados, aparece outro tipo de atividade que também denota a divisão social do trabalho, o administrar, realizado somente pela enfermeira, que objetiva a organização e o controle do processo de trabalho e favorece a ação de cuidar para possibilitar a cura.

Castellanos et al. (1989) esclarecem que no processo de administrar, os meios de trabalho são os modelos e métodos de administração, a força de trabalho em enfermagem, os equipamentos e materiais permanentes e aqueles para manipulação e administração de drogas e soluções. Salienta que na atividade de administrar parece haver uma autonomia subordinada ao administrador da instituição hospitalar, fugindo um pouco da subordinação ao trabalho médico. Por outro lado, administrar pode servir, também, para satisfazer aquelas condições necessárias para que o processo de cuidar se realize, contemplando uma finalidade do trabalho médico.

Por isso, acreditamos que tratar do corpo doente é a finalidade primordial dentro desse modelo assistencial, pois é com isso que se recupera a força de trabalho, devolvendo para o mercado uma peça importante. Dentro dessa lógica, em geral, o trabalho é alienado, já que é decorrente da forma de estruturação do trabalho no capitalismo. Assim, os profissionais estão servindo a um tipo de organização que não lhes permite ver o produto final, a continuidade da tarefa e a totalidade de seu desempenho. Isso fragmenta, compartimentaliza e perpetua um modo de fazer a enfermagem, desvinculada da realidade social onde está inserida.

Essa idéia encontra respaldo em Almeida (1986) que diz que a divisão técnica do trabalho tem suas raízes na fase de cooperação e manufatura, que foi desenvolvida no modo de produção capitalista. Um mesmo trabalho realizado em parcelas por vários trabalhadores conduz a uma situação de desvalia às capacidades e necessidades humanas, pois compartimentaliza o homem, reforçando a lógica taylorista. Têm-se saberes divididos, hierarquizados, favorecendo o domínio da concepção do trabalho por uns e a execução parcelada por outros. O saber de enfermagem, assim como constituído no modelo assistencial clínico, parece cooperar nesse processo de divisão técnica e social do trabalho que leva à alienação, já que está constituído nesse modo de produção capitalista, fazendo com que os atos parcelares não deixem que os trabalhadores tenham a

dimensão real do valor de seu trabalho. Isso contribui para que as discussões salariais, e a organização em entidades de trabalhadores sejam mais difíceis de se estruturar, pois discutir valor de trabalho torna-se mais difícil para quem, pelo modelo vigente, não tem a noção exata do valor do seu trabalho. Vemos com isso a grande crise da enfermagem, dentro do contexto da crise do trabalho na saúde: não é um trabalho em equipe, mas um trabalho que tem uma cisão entre a concepção e a execução do trabalho, onde poucos trabalhadores detém o saber e a grande maioria executa tarefas sem compreender as razões dos procedimentos.

No cotidiano do trabalho de enfermagem podemos citar alguns aspectos da experiência hospitalar que ilustram essa situação. Para discutir o cotidiano, é necessário podermos observá-lo para descrever e tentar estabelecer os nexos entre a teoria e a prática. Para tanto, refletimos através da observação do trabalho de uma enfermeira assistencial², em uma internação psiquiátrica, num hospital universitário, em Porto Alegre.

Na enfermagem hospitalar, a enfermeira desempenha funções rotineiras sistematicamente, baseando o seu plano de cuidados a partir do diagnóstico e da prescrição médica. Com isto, a enfermagem aparece realizando suas atividades e sendo um instrumento do trabalho médico, pois o processo de cuidar atende à finalidade do trabalho médico (Castellanos et al., 1989).

Isso pode ser ilustrado com alguns aspectos de nossa observação, principalmente naqueles onde a enfermeira se detém a organizar o prontuário de um cliente, para poder melhor visualizar a prescrição médica, que estava no final do prontuário. Além disso, a vimos auxiliando o médico na procura por amostra grátis de uma medicação psiquiátrica que um cliente deveria iniciar. Outro exemplo observado, que confirma a idéia de Castellanos et al. (1989) é o fato da enfermeira dedicar longo tempo para esclarecer junto a um dos médicos da equipe, a pedido de um coletador de exames, se um pedido de coleta de dosagem sérica de carbamazepina³ era de urgência ou não, e se os médicos estavam informados sobre os critérios de coleta de urgência e coleta rotineira. Outra situação, é a que mostra o médico informando a enfermeira sobre a restrição de sono de um cliente, que iria realizar eletroencefalograma de sono. Antes de orientá-lo sobre o procedimento, a enfermeira coloca no quadro branco do posto de enfermagem o aviso dado pelo médico. Isso poderia ser visto a partir da lógica da divisão vertical do trabalho coletivo da saúde, apresentado por Gonçalves (1979), que enfatiza a divisão do trabalho intelectual e do trabalho manual.

Geralmente, a enfermeira também assume uma série de tarefas

2 Enfermeira assistencial, nesse trabalho, é aquela que não detém cargo de chefia, tendo como sua atribuição básica o cuidado aos pacientes.

3 Fármaco anticonvulsivante, utilizado no tratamento de transtorno do humor, que em dosagens acima da janela terapêutica pode trazer vários danos neurológicos ao paciente.

administrativas, que teoricamente serviriam para administrar o cuidado de enfermagem, mas que na prática implicam em administração de uma unidade e equipe, dentro da visão biomédica de assistência. Nessa visão, o ato de cuidar, apresentado por Leininger (1981) como um verbo que define ações de assistir, ajudar ou facilitar indivíduos, com o objetivo de melhorar a condição humana, pressuposto básico da enfermagem, na ótica de alguns autores (Leininger (1981); Crossetti (1997); Waldow (1998); Waldow, Lopes e Meyer (1995); Nunes (1995); Watson (1988)), parece não ser prioritário e as atividades que a enfermeira poderia desenvolver com a clientela passam a ser secundárias. Essa constatação pode encontrar uma resposta em Castellanos et al. (1989) que mostram que no ato de administrar a enfermeira tem possibilidades de autonomia, presentes na autoridade e no poder decisório no que diz respeito à organização do trabalho da enfermagem, escapando, assim, da subordinação ao trabalho médico, mas mantendo a divisão técnica e social do trabalho em saúde.

Essas idéias podem ser exemplificadas quando a enfermeira observada esclarece a um técnico de enfermagem sobre a escala de folgas e seus critérios, ou quando supervisiona um técnico de enfermagem que dava banho em uma cliente mais dependente. A autoridade que pode ser exercida ao definir critérios para folgas, e a supervisão do pessoal de nível médio, proporcionam, de acordo com Castellanos et al. (1989) a sensação de autonomia e autoridade que fazem com que o trabalho da enfermeira não seja apenas um instrumento do trabalho médico. Por outro lado, essas situações deixam transparecer a divisão técnica e social do trabalho, também dentro da enfermagem.

Dessa forma, vemos a enfermagem inserida nesse modelo que perpetua a divisão do trabalho no mundo hospitalar, mantendo a doutrina liberal, surgida para justificar o sistema capitalista e que, como já vimos, influenciou fortemente as práticas de saúde. Essa nossa idéia encontra respaldo em Gonçalves (1979), já que, para esse autor, a organização do trabalho em saúde e de enfermagem é um recurso tecnológico de grande valor para a possível mudança dos modelos assistenciais. O exercício da enfermagem deveria ultrapassar o uso de técnicas como símbolo de aplicação da ciência, dando uma falsa cientificidade à prática de enfermagem. Outra questão importante, salientada por ele, é o abandono da doença como instrumento de trabalho e a adoção da saúde como objeto de atenção, além do fato da enfermagem ser produtora de saber enquanto executora de seu próprio trabalho, mesmo que essa afirmação ainda seja pouco reconhecida dentro da profissão.

Em nossa observação, vimos a enfermeira dedicando-se a conversar com os clientes, estimulando-os a terem atitudes mais saudáveis em relação a seu tratamento, orientando sobre seus sinais e sintomas; ajudando uma cliente a escolher uma atividade, na sala de recreação, mais de acordo com suas capacidades, agindo dentro do mundo do cuidar; auxiliando

a estagiária de recreação a manejar⁴ uma cliente mais difícil; esclarecendo com a atendente da copa quais deveriam continuar usando fibras adicionais na dieta, por ainda estarem usando medicações antidepressivas, que são constipantes; explicando a uma técnica de enfermagem sobre a necessidade de manejar uma cliente de determinada forma, numa tentativa de modificar as relações de trabalho, melhorando a autonomia dos profissionais de enfermagem. Esses fatos nos mostram o exercício de um saber, dentro do cotidiano de trabalho, compartilhando seu conhecimento com clientes e membros da equipe de saúde.

Com isso, vemos a enfermagem, dentro desse contexto, deparando-se com o desafio de organizar o seu trabalho de forma que possa defender a construção do saber numa metodologia sustentada na produção coletiva de saúde, procurando alternativas para modificar o modelo assistencial clínico.

3 DAS POSSIBILIDADES DE FAZER DIFERENTE

“A produção de cuidados se dá em torno de um projeto intelectual, que é o projeto terapêutico, que guia todo o processo e em torno do qual se conformam saberes e práticas para satisfazerem as necessidades dos homens na preservação da vida.” (Lima, 1998, p.105)

Partindo dessa reflexão, encontramos ressonância dessas idéias em Rollo (1997) que salienta que a necessidade de fazer uma integração do trabalho da equipe de saúde pode qualificar o atendimento, pois desfragmenta o ato de cuidar, tornando o cuidado compartilhado, denotando um compromisso que possibilita organizar um trabalho coletivo.

Para que isso ocorra, os limites da autonomia de cada profissional precisam ser ampliados, buscando modificações nas relações de trabalho, e nas formas de resolver os problemas que surgem no dia a dia. Cada profissional pode ter autonomia e espaço para decidir sobre as ações terapêuticas. Com isso, as relações entre os profissionais podem ser modificadas, encontrando novas formas de atuação dos profissionais. Nessa forma de trabalho, o médico tem autonomia para decidir, mas também é questionado em suas condutas e em seu saber, e os agentes de saúde podem realizar modificações no processo de trabalho em saúde, construindo saberes próprios (Lima, 1998).

Nessa visão, Gonçalves (1994) coloca que a função primordial do saber está relacionada com a apreensão do objeto de trabalho, precisamente do objeto para o trabalho, havendo a necessidade de se explicitar a

⁴ Manejo, ato de manejar, é um termo utilizado em psiquiatria para designar a forma como os profissionais abordam os clientes, de acordo com a natureza de seus sintomas.

natureza da relação. O saber é visto na sua acepção mais concreta no que se refere à posse e à manipulação de objetos de trabalho no seio da produção. Além disso, o saber é considerado em si, e não nas ciências onde está embasado, o que significa que essas ciências serviriam para compreender sua articulação com as práticas sociais.

Nessa direção, da apreensão do objeto para o trabalho, Lopes (1995) enfatiza que a enfermagem tem a possibilidade de recolocar o cliente no centro das ações, no sentido de repensar o cuidado, tornando-o articulado e integral.

Essa idéia é bem detalhada em Campos (1994), que aponta para a necessidade do reforço do vínculo dos profissionais da equipe de saúde com o cliente, havendo uma transformação na prática de cuidar. Este passa a assumir a condição de sujeito que fala, deseja e julga, ou seja, se tornaria agente de seu próprio processo. Assim a equipe de saúde adota uma postura onde a valorização da fala e da escuta assume uma forma de intervenção terapêutica, havendo a possibilidade do resgate da eficácia e qualidade nas ações clínicas através da melhora da comunicação entre equipe e cliente, contemplando o ser doente na sua singularidade: valorização do sofrimento físico e emocional do processo de adoecer.

Campos (1994) enfatiza, com isso, a importância de vínculo de acolhida, que significa uma necessidade da equipe de saúde responsabilizar-se por todos os problemas de saúde, resultando no cuidado integral da saúde coletiva e individual. Para tanto, é necessário plasticidade de parte da equipe de saúde, o que significa sua capacidade de mudança, adaptação de técnicas e múltiplas combinações de tarefas e atividades, em prol de dar conta dos mais variados problemas de saúde, dos problemas com recursos, e da interface da saúde com os aspectos socioculturais e econômicos.

Nesse sentido, Rollo (1997) salienta a necessidade de que se busque ações integradas nos serviços hospitalares. A existência de diferentes saberes e práticas que se articulam de forma interdependente, e não compartimentalizadas comprova o fato de que a interdisciplinaridade pode proporcionar uma melhor qualidade no cuidar, conduzindo à satisfação do profissional e do paciente. Diz, ainda, que é necessário criar um espaço onde existam territórios existenciais prazerosos, em que a combinação trabalho, criatividade, prática social e remuneração produza satisfação.

Rollo (1997) identifica, ainda, algumas questões centrais, também trabalhadas por Campos (1994), a serem enfrentadas nessa reconstrução das práticas assistenciais nos hospitais. Salientamos o processo de responsabilização e vínculo e a abordagem do cliente como cidadão, sujeito de seu processo de recuperação como alternativas próximas dos profissionais para a modificação das práticas de saúde.

Para Rollo (1997) a organização seriada dos procedimentos leva o cliente a ser de todos e não ser de ninguém; ele acaba pertencendo a um ser

abstrato chamado instituição. Quebrando essa lógica, através do uso dos conceitos de responsabilização e vínculo, a constituição em unidades de internação de equipes responsáveis pelo acompanhamento de um grupo de clientes levaria a que cada um destes tivesse um profissional responsável por ele, rompendo com a dureza e impessoalidade profissional, restabelecendo o contato interpessoal.

Transpondo para o mundo da internação psiquiátrica, cada cliente ficaria vinculado a uma equipe, a partir do momento de sua internação. Com isso, saberia a quem se dirigir, o nome e a função do profissional que fosse responsável por ele, tornando o contato interpessoal mais estreito e terapêutico. Além disso, na área de enfermagem, a adoção de escalas fixas⁵ de técnicos e auxiliares favoreceria o acompanhamento diário dos clientes, criando condições de melhor observação e acompanhamento para esses profissionais que já são tão próximos dos clientes, e com isso, resgatariam, também, sua função terapêutica na equipe.

A outra questão central a ser enfrentada, para Rollo (1997) e Campos (1994) é a necessidade de ver o doente como cidadão, sujeito em seu processo de recuperação e cura. Para que isso aconteça é preciso que o cliente possa passar à condição de sujeito que fala, deseja e julga, condições essenciais para o estabelecimento de relações profissional/cliente adequadas. Para isso, o processo terapêutico deve aumentar a capacidade de autonomia sobre seu corpo e sua doença. A permanência do cliente/familiar no hospital deveria possibilitar para os profissionais o estabelecimento de um processo de interação, envolvendo cliente e família no processo de recuperação e cura, através da troca de saberes, e de todas orientações a que têm direito.

Além disso, Rollo (1997) também acrescenta o fato de que existe a necessidade do reconhecimento da subjetividade dos profissionais e clientela. Isso significa que tanto os clientes como os profissionais necessitam ser percebidos como seres singulares, diversos em seu crescimento, inseridos no mundo e com seus referenciais. Para os profissionais, é preciso se pensar em estratégias que os preparem para esse contato interpessoal, como oficinas e grupos de vivência. Para os clientes, é necessário que a equipe valorize sua fala.

Essa idéia pode ser ilustrada com um exemplo de nossa experiência profissional. Um cliente, que vamos chamar de João, internado por ter pé diabético, tinha prescrição de um curativo no pé três vezes por dia, que precisava ser feito pela enfermeira. No trabalho noturno, muitos procedimentos a serem executados ficam concentrados nas primeiras horas, pois os clientes dormem logo no começo do turno. Pelo fato de passarmos

5 É importante explicitar que o tipo de escala de trabalho adotada traz implícito o modelo de organização do cuidado adotado, e expressam a concepção sobre o paciente e sobre o fazer enfermagem.

nos quartos várias vezes à noite, descobrimos que João tinha insônia intermediária, acordava pelas duas da manhã e só dormia novamente em torno de quatro horas. Começamos a nos organizar para fazer seu curativo nesse horário, pois tínhamos mais tempo para ficar com ele, e conversar, seja sobre a forma como vinha cuidando de sua saúde, seja sobre o que ele tivesse vontade. As auxiliares de enfermagem do turno começaram a questionar sobre a troca do horário do procedimento (ele era prescrito para o turno da noite, não tinha hora determinada); explicamos, fundamentando em aproveitar a insônia para estarmos com João, adequando o cuidado ao seu ritmo biológico. E assim aconteceu, por muitas noites. Um dia, a chefe de unidade veio nos perguntar sobre o horário que estava sendo feito o curativo de João. Não esperávamos que a conduta em relação ao horário do procedimento precisasse ser explicada, nem entendíamos como um fato tão simples tinha chegado ao conhecimento dela. Ainda assim, explicamos, de forma detalhada, nosso entendimento para agir dessa forma. Fomos alertadas para o fato de que as outras colegas do noturno tinham reclamado que João não queria mais fazer o curativo cedo, e de forma apressada, o que lhe causava mais dor, e não dava tempo para ele conversar com as enfermeiras e aprender um pouco mais com elas. Ele gostava de dormir no começo da noite, e ficava mais tranquilo tendo alguém para conversar na hora de sua insônia. Mesmo com esse argumento, a chefe de unidade defendia a idéia de que a madrugada não era horário para fazer curativo, e isso estava causando transtorno para as outras colegas e um problema administrativo para ela. E, assim, por acreditarmos que para cuidar é necessário flexibilidade, e não só cumprir rotinas, fomos advertidas.

Esse exemplo mostra como, na enfermagem, muitas profissionais ficam apegadas à execução da rotina, e deixam de aproveitar momentos que poderiam se transformar em situações de real cuidado. Pensamos nisso, pois parece que existe uma distorção do papel da enfermeira que trabalha em internação. Muitas vezes ela parece estar a serviço apenas do cumprimento das normas, não colocando o cliente como foco de sua prática profissional, como propõe Lopes (1995). Nessa situação, a subjetividade, a plasticidade e a necessidade de ver o cliente como sujeito que fala, de acordo com os conceitos de Campos (1994) e Rollo (1997), não foram valorizadas.

Outro fato que pode ilustrar novas formas de transformação nas práticas de cuidar é nossa experiência em unidade de internação psiquiátrica em um hospital universitário, onde não nos sentíamos tão estranhas no ninho⁶. Possivelmente pelo tipo de formação que é preconizada em

6 Utilizamos essa expressão, parafraseando o filme *Um estranho no ninho*, que trata de um sujeito internado num hospício, que tem uma visão diferente daquela de seus pares, e que de alguma forma, reformula a visão de assistência que é tida pela equipe de trabalho.

enfermagem psiquiátrica, flexibilizar um pouco mais o planejamento do cuidar parece ser mais presente no cotidiano profissional. Também é comum estarmos mais próximas da equipe de enfermagem, auxiliando nas necessidades de abordagem à clientela, sendo modelares e descobrindo formas próprias de cada um aproximar-se do cliente. Além disso, junto aos auxiliares e técnicos de enfermagem, procuramos identificar suas necessidades de capacitação profissional, para que trabalhem melhor e mais satisfeitos, e realizem um cuidado mais seguro. Nessa abordagem, buscamos modificar as relações de trabalho, tentando aumentar a autonomia dos profissionais de enfermagem. No entanto, é importante ressaltar que, em outras experiências que tivemos em hospitais psiquiátricos que funcionam no modelo manicomial, mesmo nessa área onde a interdisciplinaridade é tão importante, encontramos equipes que desempenham suas atividades na forma mais tradicional do modelo assistencial clínico.

Ainda em relação às instituições psiquiátricas, Onocko e Amaral (1997) relatam uma experiência de implantação da Reforma Psiquiátrica Brasileira, numa instituição manicomial em São Paulo, cujos leitos disponíveis para internação eram poucos devido ao grande número de clientes moradores, promovendo uma mudança no modelo assistencial dentro do mesmo espaço onde havia a existência do modelo vigente. Por haver vontade de recuperar o caráter público daquele serviço, foi estabelecido um convênio de co-gestão entre aquele serviço filantrópico e a secretaria municipal de saúde.

O desafio da construção de um sujeito coletivo teve como pressupostos a definição de uma missão institucional, o sistema de planejamento, a capacidade de coordenação, a democratização, e mais do que isso, implementar a idéia de sujeitos coletivos que se apropriassem do projeto.

Para tanto, foi organizado um hospital-dia, uma unidade de internação de clientes em crise, um núcleo de oficinas de trabalho e uma unidade de reabilitação para clientes moradores. Além disso, foi implantado um modelo de gestão no qual a distribuição de poder entre a gerência e as unidades de produção é mais horizontalizada que nas estruturas convencionais, permitindo que os problemas do dia a dia sejam resolvidos dentro dos próprios serviços, havendo mais agilidade para a tomada de decisão. Também foi criado espaço para profissionais em formação em saúde coletiva e saúde mental, possibilitando um constante “olhar externo” (as aspas são dos autores).

Essa experiência foi implantada entre 1990 e 1991, e vem enfrentando vários desafios: construir o consenso sobre a missão institucional, levar o planejamento à prática, planejar em uma estrutura adversa, operacionalizar as diretrizes políticas nas equipes e o papel do planejamento, ou seja, a integração técnico-política que leve à construção de um sujeito coletivo. O desafio para o futuro é a responsabilização pelo cuidado integral, já que a especificidade da doença mental não deve mascarar a necessidade de ou-

tros tipos de atenção à saúde; é necessário aprimorar a viabilidade financeira do projeto, envolvendo as questões de reformas no prédio e a política de pessoal; aprofundar a democratização e a participação, envolvendo os usuários (a clientela) no planejamento da gestão, e consolidar esse hospital como um centro formador.

Outra forma inovadora de fazer diferente foi implantada no Rio Grande do Sul, na cidade de São Lourenço do Sul, conforme nos mostra Wetzel (1996). Através da necessidade sentida por alguns profissionais e parte da comunidade, foi implantado um Serviço de Atenção à Saúde Mental, que hoje é referência mundial, e mostra como há possibilidades de modificar o fazer, dentro do modelo assistencial clínico. Partiram de uma estrutura que era movida pela ambulancioterapia⁷, que foi sendo transformada, surgindo um hospital-dia, uma casa de moradia, denominada Nossa Casa, com envolvimento da comunidade da cidade nessa visão de atendimento, e capacitação dos profissionais para esse tipo de abordagem, atingindo um índice muito baixo de remoção de pacientes para internação em outras cidades. A integração atingida entre pessoal da equipe de saúde e a clientela pode ser exemplificada por um comentário feito por um morador da cidade, que diz que, como os profissionais não usam uniforme de trabalho, nem os clientes usam, às vezes é impossível saber quem é quem.

Uma outra experiência que merece ser referenciada é a de Santa Rita do Passa Quatro, em São Paulo, que mereceu matéria na Folha de São Paulo (1998). Lá, o hospital psiquiátrico mantém 52 casas que funcionam como repúblicas e formam uma comunidade, onde os doentes podem exercer sua cidadania. A regra é diminuir as internações, dentro da filosofia da Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira, onde o teatro e a música também servem de terapia, e o trabalho com as famílias dos clientes é priorizado, juntamente com a assistência aos doentes, envolvendo familiares, equipe de saúde e clientela nessa nova forma de trabalhar em psiquiatria. Os lares têm nomes sugestivos como Casa do Bem-te-vi, Lar Esperança, Recanto Encantado, Casa do Sol Nascente, denotando respeito e carinho pelo cidadão em sofrimento psíquico, colocando-o como sujeito que fala.

4 REFLETINDO SOBRE O TEMA

Partindo dessas considerações, pretendemos apresentar algumas idéias sobre a enfermagem inserida no modelo assistencial clínico, relacionando-as com a prática cotidiana observada numa unidade de internação psiquiátrica, além de tecer alguns comentários sobre o fazer enfermagem nesse contexto.

7 Termo utilizado para explicar a prática dos municípios se equiparem com ambulâncias que levam os doentes para internar em cidades próximas, distorcendo a necessidade de uso da verba pública para investir em capacitação de recursos humanos e melhoria dos recursos materiais para o atendimento desses doentes.

Como já mencionamos anteriormente, provavelmente pela formação oportunizada nos cursos de especialização em enfermagem psiquiátrica e pela natureza do trabalho, que lida, primordialmente com o inconsciente do ser humano (tanto o cuidador, como o ser cuidado), é possível flexibilizar um pouco mais o planejamento do cuidar no cotidiano profissional. Mesmo assim, observamos que em experiências em hospitais psiquiátricos que funcionam no modelo manicomial, a interdisciplinaridade, que é tão importante nessa área, não é tão valorizada, e encontramos equipes que desempenham suas atividades na forma mais tradicional do modelo assistencial clínico, privilegiando a fragmentação do cuidado e a divisão técnica e social do trabalho.

No entanto, nos locais onde elementos como a plasticidade, o ouvir o outro e o acolhimento são respeitados no planejamento do cuidar, percebemos uma maior satisfação, tanto do ponto de vista dos profissionais do mundo do hospital, como dos clientes que são inseridos nesse mundo.

É importante destacar que, apesar do modelo assistencial clínico ainda ser hegemônico no mundo hospitalar, servindo para perpetuar a doutrina liberal e a divisão técnica e social do trabalho, já existem iniciativas sendo desenvolvidas no sentido de incorporar a esse modelo novas formas de abordagem, trazendo para a clínica alguns conceitos da epidemiologia, que aproximam o trabalhador, que cuida, do cliente, que é cuidado. Além disso, a apropriação desses conceitos também proporciona aos trabalhadores uma preocupação maior com o mundo do trabalho, e das condições de trabalho, introduzindo um elemento novo na visão capitalista do trabalho em série, parcelado e rigidamente hierarquizado: o trabalhador em saúde passa a ser sujeito no mundo do trabalho.

Isso implica que, a partir do momento em que há o reconhecimento da subjetividade dos profissionais e da clientela, começa a haver, também a compreensão do fato de que tanto os clientes como os profissionais necessitam ser percebidos como seres singulares, diversos em seu crescimento, inseridos no mundo e com seus referenciais.

E, nessa visão, a organização das estruturas do mundo do trabalho em saúde se modificam, fazendo com que a interdisciplinaridade apareça, e com que a hierarquização do serviço se dê de uma forma diferente, menos vertical e mais horizontal, melhorando a autonomia das equipes e de cada profissional da equipe, ampliando o espaço de trabalho.

E, nesse processo, a enfermagem tem um papel social relevante, pois, ao mesmo tempo que é subordinada ao trabalho médico, no modelo assistencial clínico, também o pode reproduzir dentro da equipe de enfermagem, assim como pode modificá-lo. A enfermagem pode tentar mudanças nos modelos de organização do cuidado, implementando uma nova abordagem ao cuidado, tornando-o mais humanizado e mais voltado para os problemas e necessidades do cliente, ao invés de preocupar-se tanto com a realização da tarefa e o cumprimento da rotina. Por isso, a relevância do papel social

da enfermagem reside no fato de ser um importante elemento para fazer diferente, devido ao seu papel de interlocutora entre o cliente e os profissionais.

ABSTRACT

Nursing, in a clinical assistential model, and the daily practices in an in-patient psychiatric unit, are approached. It seems to have a discordance between the health system and clients problems. The nurses seem to plan actions that accomplish institutional goals instead of reaching out for clients' individual needs. In mental health, to include the client on planning his care is fundamental to reach therapeutical goals. Even in the actual model, there are initiatives incorporating these approaches, rescuing concepts that bring clients and workers closer. By recognizing the subjectivity of professionals and clients, we can understand that they are both singular, bringing up interdisciplinarity, and also a process of hierarchy happens, giving autonomy to the working teams and enlarging the space of work.

KEY WORDS: clinical assistential model, care, psychiatric nursing

RESUMEN

Se analiza el papel de los profesionales de la enfermería en el modelo asistencial clínico y en la práctica cotidiana en una unidad de internamiento psiquiátrico. Parece que existe una incongruencia entre el sistema de salud y los problemas de los pacientes: hospitales planeados para seguir una rutina y el paciente inserido en ese medio, donde el enfermero parece que planea acciones mas para atender demandas institucionales de que para atender los problemas de los pacientes. En Salud Mental, incluir el paciente en ese planeamiento, es fundamental para alcanzar los objetivos terapeuticos. Se discute el diario trajin de la enfermería psiquiátrica. Y, a pesar del modelo clínico aún ser hegemónico en los hospitales, existen iniciativas que incorporaron en ese modelo nuevas formas de trabajo, rescatando conceptos que aproximan el profesional de la salud al paciente. Existiendo el reconocimiento de la subjetividad de profesionales y pacientes, hay el entendimiento de que ambos necesitan ser percibidos como seres individuales, apareciendo la interdisciplinaridad, y la jerarquía es diferente, otorgando autonomía a los grupos, ampliando el espacio de trabajo.

DESCRIPTORES: modelo asistencial; cuidado; enfermería psiquiátrica

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 ALMEIDA, M.C.P.; ROCHA, J.S.Y. *O saber de enfermagem e sua dimensão prática*. São Paulo: Cortez, 1986. Cap. 2. p. 69-86.
- 2 ALMEIDA, M.C.P.; ROCHA, S.M.M. *O trabalho de enfermagem*. São Paulo: Cortez, 1997. p.15-26: Considerações sobre a enfermagem enquanto trabalho.
- 3 ALMEIDA, M.C.P. *Estudo do saber de enfermagem e sua dimensão prática*. Rio de Janeiro, 1984. 179p. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Osvaldo Cruz, 1984.
- 4 ALMEIDA, M.C.P. et al. Os determinantes dos modelos assistenciais e a qualificação da força de trabalho em enfermagem. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 48, 1996, São Paulo. *Anais...* Brasília, ABEn, 1996.
- 5 CAMPOS, G.W.S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas - o caso da saúde. In: CECÍLIO, L.C.O. (org.) *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec, 1994.
- 6 CAMPOS, G.W.S. Modelos assistenciais e unidades básicas de saúde: elementos para debate. In: CAMPOS, G.W.S.; MERHY, E.; EVERARDO, N. *Planejamento sem normas*. São Paulo: Hucitec, 1989.
- 7 CASTELLANOS, B.E.P. et al. Os desafios da enfermagem para os anos 90. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 41, 1989, Florianópolis. *Anais...* Florianópolis, ABEn - Seção SC, 1989.
- 8 CROSSETTI, M.G.O. *Processo de Cuidar: uma aproximação existencial na enfermagem*. Florianópolis: UFSC, 1997. Tese (Doutorado em Filosofia de Enfermagem) - Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1997.
- 9 GONÇALVES, R.B.M. *Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades*. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde, 1992. 53 p. (mimeo)
- 10 GONÇALVES, R.B.M. *Medicina e história: raízes do trabalho médico*. São Paulo: USP, 1979. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo, 1979.
- 11 GONÇALVES, R.B.M. *Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo*. São Paulo: Hucitec - Abrasco, 1994.
- 12 LEININGER, M. *Caring an essencial human need*. New Jersey: Charles B., Slack Publising, 1981.
- 13 LIMA, M.A.S. *O trabalho de enfermagem na produção de cuidados de saúde no modelo clínico*. Ribeirão Preto: 1998. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 1998.
- 14 LOPES, M.J.M. Quando a voz e a palavra são atos terapêuticos: a integração individual e coletiva nas palavras quotidianas do trabalho de enfermagem. In: WALDOW, V.R. LOPES, M.J.M.; MEYER, D.E. *Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. Cap. 8. p. 153-188.
- 15 NUNES, Dulce Maria. *Linguagem do Cuidado*. São Paulo: 1995. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, 1995.
- 16 ONOCKO, R.; AMARAL, M. Cândido Ferreira: experimentando uma mudança institucional. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (orgs.) *Agir em saúde - um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997. p.353-371.
- 17 REPORTAGEM Local. Brasil quer criar república de loucos. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 28 3º Caderno, nov. 1998.
- 18 ROLLO, A.A. É possível construir novas práticas assistenciais no hospital público? In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (org.) *Agir em saúde - um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997. p.321-339.
- 19 WALDOW, V.R. *Cuidado Humano: o resgate necessário*. Porto Alegre: Sagra-Luzzatto, 1998.
- 20 WALDOW, V.R.; LOPES, M.J.M.; MEYER, D.E. *Maneiras de cuidar - maneiras de ensinar*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

- 21 WATSON, J. *Nursing: human science and human care - a theory of nursing*. New York: National League for Nursing Press, 1988.
- 22 WETZEL, C. *Desinstitucionalização em saúde mental: a experiência de São Lourenço do Sul* - RS. Ribeirão Preto: 1996. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 1996.

Endereço da autora: Eglê Kohlrausch
Author address': Rua Felipe Camarão, 650/102
Bairro Bom Fim
Porto Alegre - RS
CEP 90035-140
e-mail: egle@enf.ufrgs.br